

پیشنٹ ایڈوکیسی سنٹرلائزڈ ہسپتال فنانشل ایڈ لاء  
Patient Advocacy Centralized Hospital) انٹیک پروگرام  
(Financial Aid Law Intake Program

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Bureau of Patient Advocacy

رابطے کی معلومات

پہلا نام: \_\_\_\_\_ خاندانی نام: \_\_\_\_\_  
تاریخ: \_\_\_\_\_

براہ کرم محکمہ کے لیے اپنی رابطے کی معلومات فراہم کریں

پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
دن کے وقت کا فون: \_\_\_\_\_ متبادل فون: \_\_\_\_\_  
ای میل ایڈریس: \_\_\_\_\_  
آپ کا مریض کے ساتھ کیا رشتہ ہے؟: \_\_\_\_\_  
کیا آپ گمنام رہنا چاہتے ہیں؟ (اوپر دی گئی وضاحت دیکھیں) نہیں انگریڈ ای میل

مریض کی معلومات

پہلا نام: \_\_\_\_\_ خاندانی نام: \_\_\_\_\_  
ملاقات کی تاریخ: \_\_\_\_\_ ملاقاتوں کی مستقبل کی تاریخیں: \_\_\_\_\_  
تاریخ پیدائش (م/د/س/س/س/س): \_\_\_\_\_  
ہسپتال سے فارغ ہونے کی تاریخ، اگر قابل اطلاق ہو (م/د/س/س/س/س): \_\_\_\_\_

سہولت گاہ کی معلومات

سہولت گاہ کا نام: \_\_\_\_\_  
سہولت گاہ کا پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

کیا آپ نے سہولت گاہ میں کوئی شکایت درج کروائی ہے؟: ہاں نہیں

کیا ہوا تھا؟: \_\_\_\_\_

مسئلہ کب (تاریخ اور وقت) پیش آیا؟: \_\_\_\_\_ (م/د/س/س/س/س) \_\_\_\_\_ (24 گھنٹے والا وقت)

کیا مسئلہ اب بھی جاری ہے؟: ہاں نہیں

کیا مقیم/مریض اب بھی سہولت گاہ میں موجود ہے؟: ہاں نہیں

یہ کیسے ہوا؟: \_\_\_\_\_

کیا اس میں کوئی اور بھی شامل ہے، جیسے کہ دیگر عملہ، رضاکار، خاندان کے افراد، دیگر مریض یا مقیم، ملاقاتی؟: ہاں □ نہیں □

اگر ہاں، تو افراد کی شناخت کریں: \_\_\_\_\_

کیا وہاں کوئی گواہ موجود ہے؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو افراد کی شناخت کریں: \_\_\_\_\_

کیا آپ نے کوئی کارروائی کی ہے؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو کی گئی کارروائیوں کی تفصیل بتائیں: \_\_\_\_\_

کیا آپ نے مالی معاونت کے نمائندے (Financial Assistance Representative)، پیشنٹ ایکسپیرٹس نمائندے (Patient Experience Representative) یا ادارے کے کسی عملے سے بات کی ہے؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو افراد کی شناخت کریں: \_\_\_\_\_

کیا قانون نافذ کرنے والے ادارے شامل ہیں؟: ہاں نہیں

کیا سہولت گاہ نے صورتحال کو حل کرنے کی کوشش کی ہے؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو تفصیل بتائیں: \_\_\_\_\_

کیا آپ جانتے ہیں کہ کیا یہ پہلے بھی اسی فرد کے ساتھ، یا دوسروں کے ساتھ ہوا ہے؟: ہاں نہیں

اگر ہاں، تو تفصیل بتائیں: \_\_\_\_\_

براہ کرم اپنی شکایت میں ایسی اضافی معلومات شامل کرنے کے لیے نیچے دی گئی جگہ استعمال کریں جنہیں آپ اہم سمجھتے ہیں۔ براہ کرم ان معلومات کو 10000 الفاظ تک محدود رکھیں۔